

487
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1940

THESE

N° 487

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

par

Adella Tamara PILOSOFF

Née le 6 Mai 1909, à Lom (Bulgarie).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
DIABÈTE INSIPIDE SYPHILITIQUE

Président : H. BENARD. Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE FOULON
29, Rue Deparcleux, 29
1940

100

100

100

100

100

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1940

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

par

Adella Tamara PILOSOFF

Née le 6 Mai 1909, à Lom (Bulgarie).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

DIABÈTE INSIPIDE SYPHILITIQUE

Président : H. BENARD. Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1940

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
	FIESSINGER.
Clinique médicale	LOEPER.
	RATHERY.
	LEREBOULLET.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique chirurgicale	LENORMANT.
	VELTER.
Clinique ophtalmologique	CHEVASSU.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	HARVIER.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Pierre Duval.
Clinique thérapeutique chirurgicale	M. VILLARET.
Clinique propédeutique	TROISIER.
Clinique de la Tuberculose	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	LAUBRY.
Clinique de cardiologie	Clovis VINCENT.
Clinique de neuro-chirurgie	N...
Assistance Médico-sociale	HAZARD.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	GIROUD	Histologie.
BARIETY	Pathologie médicale.	HALPHEN	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne).	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Oto - rhino - laryngologie.
BESANÇON (Justin).	Hydrologie.	JOANNON	Hygiène.
BONNET	Bactériologie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULANGER	Chimie.	LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	LENEGRE	Pathologie expérimentale.
CACHERA	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger).	Urologie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DESOILLE	Médecine légale.	PETIT - DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET	Obstétrique.	RENARD	Ophtalmologie.
DOGNON	Physique.	RICHET	Physiologie.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK - BRENTANO.	Pathologie chirurgicale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
Mlle GAUTHIER-VILLARS.	Anatomie pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
DE GENNES	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Obstétrique.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
GUENIOT	Pharmacologie.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique.
PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
BRULE		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		FEY	
CHEVALLIER		GATELLIER	
DONZELOT		de GAUDART	
DUVOIR		d'ALLAINES ..	
GASTINEL		LEVEUF	
LAROCHE (G.) ..		MOULONGUET ..	
LIAN		MOURE	
MOREAU		QUENU	
SEZARY			

MM.	
EGALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES TRÈS CHERS PARENTS

Dont la vie pleine de travail et
de sacrifices me fut le plus bel
exemple.

Modeste témoignage de ma gran-
de affection et de ma gratitude.

A MON MARI

Son affection me fut toujours le
plus précieux des encouragements.

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES ET BELLES-SŒURS

A MES AMIS

A MES COLLÈGUES D'INTERNAT DE L'HOPITAL ROTHSCHILD

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI BENARD,

Médecin de l'Hôtel-Dieu,

*Directeur de l'Institut Supérieur de Vaccine à l'Académie
de Médecine,*

Membre de la Société de Biologie,

Chevalier de la Légion d'Honneur.

En témoignage de notre grande reconnaissance et profonde gratitude pour la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli dans son service et pour le grand honneur qu'il nous fit en acceptant la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOUQUIN,

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,

Médecin des Hôpitaux.

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et qui a eu l'extrême obligeance de nous donner une observation personnelle.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A MON MAÎTRE LE DOCTEUR LÉON ZADOC-KAHN,
Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris,
Ancien Médecin-Chef de l'Hôpital Rothschild,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Dont le devoir et la science
professionnelle demeureront tou-
jours pour moi un exemple.

En témoignage de mon très res-
pectueux attachement.

A MON REGRETTÉ MAÎTRE LE DOCTEUR H. DAUSSET,
Ancien Chef de Physio-Thérapie de l'Hôtel-Dieu.

A MONSIEUR LE DOCTEUR G.-A. WEILL,
Oto-Rhino-Laryngologiste honoraire de l'Hôpital Rothschild.

Pour ses précieux conseils.

Hommage affectueux.

Aux Docteurs :

MADAME DEJUST-DEFIOL,

MONSIEUR H. DEJUST,
*Ancien Chef adjoint du Service de Physio-Thérapie
à l'Hôtel-Dieu.*

Qu'ils veuillent trouver ici l'expression de ma respectueuse affection et de ma grande reconnaissance.

A MES MAÎTRES D'INTERNAT
DE L'HOPITAL ROTHSCHILD :

MONSIEUR LE DOCTEUR BERTRAND ZADOC-KAHN,
*Ancien Chef de Clinique de la Faculté,
Médecin-Chef de l'Hôpital Rothschild.*

Ce que je lui dois, je ne saurais
assez l'exprimer.

Ses leçons de chaque jour m'ont
été de la plus grande utilité dans
ma formation médicale.

Sincère gratitude et dévouée re-
connaissance.

MONSIEUR LE DOCTEUR P. WALTHER,
*Accoucheur en chef de l'Hôpital Rothschild,
Chevalier de la Légion d'Honneur,*

En témoignage de notre grati-
tude pour son précieux enseigne-
ment.

MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE ASTRUC,
*Chef du Service de consultation de l'Hôpital Rothschild,
Officier de la Légion d'Honneur.*

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. ADLER,
Ancien Pharmacien en chef de l'Hôpital Rothschild,
Officier de la Légion d'Honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VICTOR,

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX DE PARIS :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL CARNOT,

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARVIER,

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CATHALA,

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO,

MONSIEUR LE PROFESSEUR BASSET.

MONSIEUR LE DOCTEUR J. CAROLI.

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion, au cours de nos études médicales, d'observer divers cas de diabète insipide, dont la pathogénie en particulier est toujours à l'ordre du jour, il nous a semblé intéressant d'en faire le sujet de notre thèse. Si primitivement nous avons envisagé de présenter une étude d'ensemble sur ce syndrome, malheureusement les circonstances actuelles de la guerre nous ont mis dans l'impossibilité de pouvoir consacrer le temps nécessaire à cette étude, et nous avons été obligés de restreindre nos ambitions.

M. le Docteur MOUQUIN, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin des hôpitaux, ayant eu la grande obligeance, et nous lui exprimons vivement notre reconnaissance ici, de nous fournir l'observation inédite d'une malade présentant un *diabète insipide syphilitique*, nous avons cherché de compléter ce compte rendu en recherchant dans la littérature médicale ce qui a été écrit sur ce sujet.

Nous reconnaissons que nos recherches n'ont pu

être que superficielles, une certaine partie de la documentation nous ayant fait défaut; nous nous excusons de ces lacunes.

Notre travail comprend un aperçu sur l'étiologie et la pathogénie du diabète insipide syphilitique, les symptômes cliniques qu'il présente et son traitement. Dans le nombre relativement élevé des observations parues, tant à l'Etranger qu'en France, nous avons choisi quelques-unes d'entre elles à titre d'exemples.

Rappelons brièvement que les premiers cas publiés du diabète insipide syphilitique remontent au dernier quart du siècle passé. En France, la question du diabète insipide a été traitée dans des travaux récents, particulièrement importants, et a donné lieu à des discussions qui, à l'heure actuelle, ne sont pas entièrement résolues. Parmi ces travaux, on peut dès maintenant citer tout spécialement les recherches expérimentales et cliniques de Camus et Roussy, de Babonneix et de Lhermitte, qui ont contribué largement au progrès de nos connaissances sur le diabète insipide, et en particulier le diabète insipide syphilitique.

Des conclusions et une bibliographie récente sur ce sujet terminent l'exposé de notre modeste étude.

ETIOLOGIE DU DIABETE INSIPIDE SYPHILITIQUE

Parmi les nombreux facteurs étiologiques du diabète insipide syphilitique, déjà les auteurs anciens ne négligeaient pas de citer la syphilis, écrit LHERMITTE. En effet, parmi les infections chroniques, la syphilis joue un rôle prépondérant; le plus souvent elle semble agir en donnant une leptoméningite de la base. En excluant les traumatismes et les tumeurs de cette région, la syphilis reste au premier rang dans l'étiologie du diabète hydrurique. BABONNEIX et LHERMITTE déclarent, qu'il s'agisse de formations gommeuses basilaires, de méningite opto-pédonculaire ou de tabès compliqué, la syphilis doit toujours être recherchée dans tous les cas où l'étiologie demeure incertaine. C'est ainsi que dans la syphilis basilaire, il faut relever surtout la polyurie et les perturbations de la vision (amblyonie, diplopie ou amaurose). Dans d'autres cas, seule l'élévation du taux de la diurèse qui demeure le seul symptôme clinique décelable. Enfin à la syphilis peut s'associer d'autres éléments étiologiques rendant alors le diagnostic particulièrement difficile.

LHERMITTE rapporte les nombreux cas qui ont été déjà rapportés, depuis FOURNIER jusqu'à LAIGNEL-LAVASTINE, et auxquels nous pouvons ajouter un certain nombre d'observations publiées depuis et que nous rapportons plus loin.

La date d'apparition de la polyurie, écrit LHERMITTE, ne semble présenter aucun rapport fixe avec celle de l'accident primitif : 14 ans après l'époque du chancre dans un fait de Staub, 30 ans dans une observation de NONNE.

En 1913, BENARIO a pu déjà recueillir un certain nombre de cas, qui concernaient le diabète insipide chez les syphilitiques : CITRON, WALTERS, GERSCHUM, GOLDENBERG et KALINSKI.

A la période secondaire précoce de la syphilis, il a été constaté un certain nombre de cas de diabète insipide : LEWIN, DIKINSON, MALHERBE (cité par EBSTEIN). Ces cas étaient rapportés à une névrose fonctionnelle coexistante.

En 1909, EBSTEIN recueille et fait la critique des cas de diabète insipide avec une infection syphilitique. D'après cet auteur, le diabète insipide surviendrait surtout au stade tertiaire.

De ce bref aperçu étiologique, il en résulte que dans tout diabète insipide il faut rechercher la syphilis, par l'interrogatoire, l'examen complet de la peau, des muqueuses et du système nerveux.

PATHOGENIE DU DIABETE INSIPIDE

La pathogénie du diabète insipide a été très discutée, et même à l'heure actuelle elle reste sur bien des points obscure. On peut y distinguer trois théories principales :

- 1° La théorie glandulaire;
- 2° La théorie infundibulo-tubérienne;
- 3° La théorie mixte.

La *théorie glandulaire* a été celle qui a été soutenue primitivement. RIVET rappelle qu'au début du siècle, les travaux de CUSHING, BIEDL, MARANON firent attribuer un rôle capital au lobe postérieur de l'hypophyse dans la polyurie du diabète insipide. Expérimentalement, PAULESCO, CUSHING et BIEDL reproduisent le diabète insipide en enlevant l'hypophyse.

D'après ces travaux le diabète insipide serait en rapport avec une insuffisance hypophysaire et particulièrement avec le lobe postérieur.

La *théorie infundibulo-tubérienne*.

A partir de 1913, il se fait un brusque revirement, à la suite des travaux d'ASCHNER, et surtout de CAMUS et ROUSSY. Ces derniers signalent une série de faits expérimentaux :

- 1° Dans les opérations qui visent à extirper l'hypo-

physe, on ne constate de polyurie que si, du même coup, on lèse la région tubérienne au niveau de l'insertion de la tige sur le plancher du troisième ventricule. Le taux des urines reste normal, si aucune atteinte n'est portée au niveau de ce plancher;

2° Une lésion tubérienne, sans aucune atteinte de l'hypophyse, détermine soit une polyurie passagère, soit une polyurie permanente. Chez un hypophysectomisé qui a présenté, après l'intervention, de la polyurie passagère, on peut voir survenir une polyurie permanente si on lèse le tuber.

D'autres expérimentateurs confirment ces faits : HANCHETT SACHS et MAC DONALD, BAILEY et BREMER, GOURNAY, BOURQUIN.

Cliniquement on observe des tumeurs qui respectent l'hypophyse, intéressant seulement l'infundibulum et qui provoquent la polyurie (LEREBoullet, Mouzon et Cathala, Babonneix et Lhermitte).

Se basant sur l'étude histologique de leur cas, Babonneix et Lhermitte tentent d'expliquer l'origine du diabète hydrurique.

Ces auteurs ont constaté que la tige de l'hypophyse, l'infundibulum, le tuber cinereum, et la paroi ventrale du ventricule médian se montraient nettement altérés et le siège d'un processus de nature infectieuse. La syphilis seule était à l'origine de cette encéphalite infundibulo-tubérienne. De fait, il faut se

rappeler que la syphilis affecte avec une prédilection toute spéciale la région basilaire de l'encéphale et qu'elle donne des infiltrations lympho-plasmocytaires à localisation périvasculaire. L'hypophyse est respectée alors que l'infundibulum et le tubercule cendré sont touchés.

Ce fait confirme les recherches expérimentales de CAMUS et de ROUSSY : dans la pathogénie du diabète insipide, mettre en cause l'appareil nerveux régulateur de la teneur de l'organisme.

La lésion infundibulo-tubérienne déterminerait primitivement une exaltation de la diurèse et secondairement la polydipsie (CAMUS et ROUSSY), ou bien la polydipsie entraînerait la polyurie (PERCIVAL BAILEY et BREMER).

En résumé, pour BABONNEIX et LHERMITTE, le diabète insipide serait conditionné par des altérations non de l'appareil glandulaire, mais de l'appareil nerveux, situé dans la paroi ventrale du ventricule médian.

La théorie mixte.

Au cours de ces dernières années, écrit RIVET, une nouvelle réaction s'est dessinée : sans nier le rôle très important des centres végétatifs hypothalamiques, il est probable que ceux-ci ont surtout pour tâche de contrôler la sécrétion par le lobe postérieur de l'hormone antidiurétique.

Cette théorie s'appuie également sur plusieurs faits démonstratifs :

1° L'ablation de l'hypophyse détermine presque toujours chez l'animal un diabète insipide plus ou moins transitoire, même quand le tuber n'est pas lésé.

2° L'administration d'extrait de lobe postérieur aux animaux ou aux malades atteints de diabète insipide fait cesser la polyurie : cette action est absolument spécifique.

3° La polyurie hypophyséoprive se transmet par voie sanguine. En reliant par une double circulation croisée deux animaux avec leurs reins extériorisés et en relation réciproque, l'un des animaux étant hypophysectomisé, on constatait que la polyurie apparaissait dans les reins extériorisés chaque fois qu'ils recevaient leur sang du donneur sans hypophyse.

4° L'interruption du faisceau supra-optico-pituitaire détermine une atrophie élective du lobe postérieur. Cette atrophie, pour FISCHER, serait la cause efficiente du diabète insipide.

Actuellement, cette théorie mixte, tout en gagnant des partisans, ne met point le terme à toutes ces discussions. De nouvelles recherches s'imposent, à la lumière des connaissances récentes sur les corrélations diencéphalo-hypophysaires et sur la fonction sécrétoire des centres végétatifs hypothalamiques (RIVOIRE).

CLINIQUE

Les symptômes cliniques peuvent se présenter comme ceux d'un diabète insipide banal de toute origine, ou bien ils peuvent emprunter les symptômes d'une lésion syphilitique de la base du cerveau (leptoméningite compliquée d'encéphalite), ou d'une gomme de l'hypophyse. Aussi pourra-t-on différencier trois sortes de diabète insipide syphilitique :

1° Diabète insipide syphilitique isolé;

2° Diabète insipide syphilitique avec syphilis nerveuse;

3° Diabète insipide syphilitique avec syphilis de l'hypophyse.

Nous rappellerons très brièvement ces trois sortes de diabète syphilitique.

1. — *Le diabète insipide syphilitique isolé.*

Ce diabète est réduit aux symptômes cardinaux qui caractérisent tout diabète insipide. Rappelons qu'ils sont constitués par la *polyurie* et la *polydipsie*. Ces deux symptômes ont été déjà relevés par FOURNIER et LANCERAUX.

La polyurie se caractérise par une excrétion des

urines s'élevant, en général, à 5 ou 6 litres et souvent au-dessus. L'urine est pâle, avec une densité abaissée variant entre 1001 et 1005.

Soumis à l'épreuve de la soif, ces sujets éprouvent des malaises extrêmement marqués, caractérisés par de l'angoisse, l'hyperthermie, la tachycardie, la polypnée.

D'autre part, lorsqu'on leur donne une prise nasale ou qu'on leur fait une injection d'extrait de la post-hypophyse, en général, toute sensation de la soif disparaît, et les urines tendent à revenir au taux normal. Il est à remarquer qu'il y a des exceptions, comme ce fut le cas de notre observation personnelle, où l'effet de l'extrait hypophysaire fut absolument négatif.

Enfin la ponction lombaire, dans les cas où il existe une hypertension crânienne, provoque une diminution temporaire de la quantité des urines excrétées. Les cas à tension normale du liquide céphalo-rachidien, en général, ne réagissent pas par une diminution du taux des urines à la ponction lombaire.

La polydipsie est caractérisée par une soif brutale, inextinguible, forçant les sujets à boire n'importe quel liquide. En même temps, fait relevé par la plupart des auteurs, il existe une tolérance remarquable au point de vue qualitatif; ces malades peuvent absorber de grandes quantités d'alcools sans éprouver de malaises.

2. — *Diabète insipide associé à une syphilis nerveuse.*

Ce diabète a été constaté fréquemment, le plus souvent avec des symptômes d'une méningite basale syphilitique chronique. Dans 33 % de ces méningites, OPPENHEIM a relevé la polyurie et la polydipsie.

Des cas de diabète insipide avec cette forme de méningite basale syphilitique ont été décrits par BENARIO, BIEDEL, HIRSCH, JORDAN, SEQUEIRA, STRUBLIK, LHERMITTE et beaucoup d'autres.

Dans une de ses observations, LHERMITTE indique qu'en plus de la syphilis, il y avait la participation d'une métastase intracérébrale d'un cancer du sein et il cite plusieurs cas identiques.

La céphalée est un symptôme presque constamment relevé par tous les auteurs.

De même les troubles oculaires ont été fréquemment décrits : absence de réflexes pupillaires à la lumière, paralysie des moteurs oculaires et particulièrement celle du moteur oculaire externe. Ainsi MENDEL trouve la paralysie du droit oculaire externe dans cinq cas qu'il a pu recueillir dans la littérature médicale. MENDEL admet dans ces cas une affection gommeuse de la région interpédonculaire, après exclusion de toute fracture du crâne. Des perturbations de la vision, telles que amblyopie, amaurose ou diplopie sont indiquées par BARBONNEIX et LHERMITTE.

NONNE a rapporté plusieurs cas associés à l'hémia-

nopsie: UMBER tente d'expliquer l'hémianopsie bitemporale de son observation par des altérations hypophysaires et cérébrales.

Dans certains cas de ces diabètes insipides syphilitiques, il peut s'ajouter des signes infundibulaires tels que la narcolepsie.

Enfin, dans de nombreux cas, les auteurs mentionnent des modifications plus ou moins marquées des réflexes rotuliens et achilléens.

3. -- *Diabète insipide avec syphilis hypophysaire.*

Fréquemment constaté en association avec des tumeurs de l'hypophyse, ce diabète a été également relevé avec certaines infections chroniques et notamment la syphilis, le plus souvent sous forme de gommes. Certains auteurs n'admettent pas la seule participation de l'hypophyse, et font intervenir également dans les symptômes cliniques des lésions infundibulo-tubériennes.

Comme dans les autres formes du diabète insipide, l'excrétion des urines est augmentée alors que la densité est abaissée: l'excrétion des chlorures est le plus souvent retardée. Chez le malade de HERNANDEZ, porteur d'une gomme de la glande pituitaire, la polyurie s'élevait à 17 litres par jour.

Dans les divers cas mentionnés, on relève des troubles de croissance (acromégalie ou nanisme).

D'autre part, on remarque dans ces cas de syphilis,

une tendance à l'obésité, en même temps qu'une tendance aux troubles génitaux par insuffisance. C'est ainsi qu'on a décrit des dystrophies adiposo-génitales syphilitiques avec une polyurie de 5 à 8 litres (cas de FEIT, SKUBISZEWSKI, FEARNSIDES, CALHORN, LICHTWITZ et quelques autres).

Naturellement cette classification que nous avons présentée ne peut être qu'artificielle, car les divers symptômes peuvent s'associer ou se surajouter, rendant le diagnostic particulièrement difficile. Aussi, la plupart des auteurs insistent particulièrement de rechercher dans tous les cas obscurs la syphilis en pratiquant toutes les réactions qui peuvent la déceler et l'épreuve du traitement spécifique.



TRAITEMENT DU DIABETE INSIPIDE SYPHILITIQUE

Le traitement spécifique dans le diabète insipide syphilitique ne donne pas des résultats toujours constants. C'est ainsi que nombre d'auteurs, comme entre autres FOIX et ALAJOUANINE, CLAUDE et LHERMITTE, WEISSENBACH, GILBERT-DREYFUS et BRISSET et d'autres n'ont pas observé une action freinatrice sur la polyurie.

Inversement, d'autres auteurs ont observé un résultat des plus nets, comme le prouvent également nos deux observations inédites. Dans l'observation du Docteur MOUQUIN, l'influence du traitement anti-syphilitique se fit sentir dès les premières piqûres; l'observation de notre service fut encore plus caractéristique. Le malade ne subit aucune diminution de sa polyurie par les prises nasales de l'extrait du lobe postérieur. Seules les injections de cyanure de mercure agirent avec une rapidité remarquable en ramenant en quelques jours le taux des urines à son volume normal.

Devant cette inégalité de résultats, certains auteurs

se demandent si le traitement anti-syphilitique agit bien d'une manière spécifique. Aussi, pour SÉZARY, les divers médicaments auraient une action autre que celle qu'on leur attribue et qu'il appelle « allassothérapie ». C'est ainsi qu'avec BENOIST, SÉZARY rapporte le cas d'un malade chez qui la polyurie disparaissait aussi bien par les différents médicaments antisiphilitiques et les extraits hypophysaires et orchitiques que par les injections de novocaïne et de lait.

D'après LICHTWITZ, cette diversité des résultats thérapeutiques s'expliquerait d'une part :

par une action d'ordre général des médicaments antisiphilitiques, modifiant l'état humoral de l'organisme;

d'autre part, parce qu'ils s'adressent à des lésions très différentes :

a) gommes de l'hypophyse (BERGER et SCHULMANN);

b) exostose de la base du cerveau (BEZANÇON et DE GENNES);

c) surtout méningite, vascularite, encéphalite de l'infundibulum et plus spécialement des noyaux gris qu'il renferme (LHERMITTE, MAY, LHERMITTE et KAPLAN.)

Pour SELIGSOHN, l'influence du traitement spécifique dépend du moment de son début. En cas d'altérations post-syphilitiques, on ne peut plus s'attendre

à une amélioration quelconque. Dans de pareils cas, SELIGSOHN et d'autres conseillent un régime déchloruré qui parfois améliore les troubles subjectifs.

En cas d'échec du traitement anti-syphilitique, on pourra tenter, comme pour les autres formes de diabète sucré : en dehors des extraits post-hypophysaires, les médications de choc, l'opothérapie, et parfois la radiothérapie profonde, le régime déchloruré. Ce dernier traitement associé à un traitement anti-syphilitique a réagi très favorablement dans le cas de UMBER avec une lésion du chiasma. De même, MOSSE, dans un cas, vit la polyurie disparaître sous l'effet de la déchloruration.

Nous rapportons ci-joint deux observations personnelles, l'une du docteur MOUQUIN et l'autre recueillie par nous dans notre service hospitalier.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PERSONNELLE

(due à l'obligeance de Monsieur le Docteur MOUQUIN,
médecin des Hôpitaux de Paris)

Madame Germaine B..., âgée de 40 ans, entre à l'hôpital le 23 mars.

C'est une femme qui paraît fatiguée, amaigrie, pâle. Elle a un état subfébrile (entre 37°5 et 38°5). Elle se plaint de céphalée occipitale et frontale, qui serait apparue depuis quelques semaines, et persisterait sans que les analgésiques aient pu la calmer. En même temps, elle accuse des vertiges et de vagues sensations d'engourdissement dans les membres.

Les poumons, le cœur sont normaux. La tension artérielle est de 13, 5-9. Ni albumine, ni sucre dans les urines. Urée du sang : 0,38. Mais l'examen neurologique révèle des modifications des réflexes : les rotuliens sont complètement abolis, et si les achilléens sont normaux, le médioplantaire gauche est diminué. Il n'existe ni raideur, ni signe de Kernig.

Nous faisons pratiquer un examen oculaire, dès le

lendemain de l'admission de la malade à l'hôpital : il existe, en effet, de la diplopie. Le réflexe photomoteur et le fond de l'œil sont normaux, mais l'ophtalmologiste constate l'existence d'une paralysie du droit externe du côté droit, et une légère limitation du regard vers la gauche.

En présence de ce syndrome, évoquant une réaction méningée (céphalée, modifications des réflexes, diplopie, paralysie du droit externe droit) nous pratiquons une ponction lombaire. Celle-ci a d'abord pour résultat de soulager immédiatement la malade. Par ailleurs, elle nous permet de confirmer l'existence d'une méningite, et nous en révèle la nature : c'est une méningite chez une syphilitique.

Les résultats de l'examen du liquide céphalo-rachidien sont les suivants :

liquide clair, non hypertendu;

albumine : 0,35;

70 lymphocytes par mm³;

réaction de benjoin colloïdal : 0000002222000000;

réaction de B. Wassermann : négative.

Dans le sang, toutes les séro-réactions sont complètement positives (Hecht, B.-Wassermann). Flocculation (Vernes : 70). La réaction de Kahn standard est aussi tout à fait positive. Cette syphilis ne pouvait d'ailleurs pas être soupçonnée d'après les constatations cliniques ou d'après les antécédents : Madame B... a eu une

fausse-couche de jumeaux, mais elle a aussi deux enfants parfaitement bien portants.

Signalons accessoirement qu'elle n'est plus réglée, ayant subi, il y a cinq ans, une hystérectomie pour fibrome.

Le taux des urines ne dépasse pas 800 à 1.000 gr.

La céphalée a disparu par la ponction lombaire. Mais, devant la réaction de BW positive, nous commençons un traitement syphilitique, d'abord prudent : deux injections de cyanure le 29 et 30 mars, puis une injection de Novar à 0,15 le 1^{er} avril. Le même jour, nous pratiquons une nouvelle ponction lombaire, qui confirme les résultats du premier examen du liquide céphalo-rachidien : l'albuminorachis est monté à 0,55, le nombre des lymphocytes à 80 et les réactions du benjoin colloïdal donnent maintenant une courbe 0000002222200000.

Bref, il semble que cette méningite syphilitique se soit aggravée.

Puis, immédiatement après, dès le 3 avril, d'un seul coup, la polyurie apparaît : la courbe des urines monte verticalement : 700 grammes du 2 au 3 avril, 1.200 grammes du 3 au 4 avril, 4 litres du 4 au 5 avril, 5 litres du 5 au 6 avril, 6 litres du 8 au 9 avril.

L'examen radiologique de la selle turcique révèle que celle-ci est normale. Ni somnolence, ni trouble du rythme cardiaque.

En présence de cette considérable et brusque polyurie,

nous voulons d'abord établir qu'il s'agit d'un diabète insipide. Nous préférons donc ne pas pousser le traitement antisyphilitique et nous ne faisons qu'une seule injection de Novar, à très faible dose, le 7 avril.

Or il s'agit bien d'un diabète insipide, comme il est de règle en pareil cas. La ponction lombaire fait tomber le taux des urines pendant 48 heures (de 6 litres à 4 l. 500). Quant aux extraits post-hypophysaires pratiqués à trois reprises, elles font chaque fois tomber le taux des urines à 2 l. 500 la première fois, à 2 l. 200 la deuxième fois, à 2 litres la troisième fois.

Pendant la période du 4 au 30 avril, où la malade reste en observation, la polyurie persiste au même taux (4 l. 500 à 6 litres), et la soif est vive. Le poids de la malade reste stationnaire (61 kilogs).

Malgré cette polyurie, l'état général de la malade s'améliore, ainsi que l'état oculaire (la paralysie du moteur oculaire externe disparaît et avec elle la diplopie). Une nouvelle ponction lombaire pratiquée le 12 avril révèle aussi une amélioration de l'état méningé :

70 éléments par mm³;

albuminorachis : 0,23;

Benjoin colloïdal : 0000002200000000.

Le 30 avril, nous pensons que le diagnostic de diabète insipide est assez solidement assis pour sortir de cette période d'observation et commencer un traitement spécifique énergique.

· Injections de Novar : 0,30 le 30 avril.

0,45 le 3 mai.

0,60 le 7 mai.

0,75 le 13 mai.

0,90 le 19 mai.

0,90 le 27 mai.

0,90 le 3 juin.

0,90 le 10 juin.

0,90 le 17 juin.

Après ce traitement, série d'injections de cyanure (20 injections à partir du 20 juin).

Très rapidement la polyurie diminue : de 6 litres le 30 avril elle tombe à 3 litres le 4 mai, puis à 2 litres 1/2 le 19 mai. Dès lors la diminution est plus lente : 2 litres le 6 juin, 1 litre 1/2 le 8 juillet, 1 litre 200 le 1^{er} août.

En même temps que la polyurie a disparu, les réflexes rotuliens ont reparu; la céphalée et les troubles visuels ont complètement disparu.

Cependant, il est à remarquer que *l'amélioration du liquide céphalo-rachidien ne va pas de pair avec l'amélioration clinique* : une ponction lombaire faite le 17 juin révèle une poussée de lymphocytose rachidienne : 190 éléments :

l'albuminorachis est de 0,42;

le Benjoin : 0000002222000000.

Au début d'août, la situation est excellente; la polyu-

rie a complètement disparu. L'examen du liquide céphalo-rachidien révèle :

lymphocytose a 3 par mm^3 ; mais il existe encore 0,40 d'albuminorachis;

et un benjoin à 0000002222000000.

Le 22 septembre : la diurèse a encore diminué à 800 cc. par jour; aucun trouble oculaire. A la ponction lombaire, le liquide céphalo-rachidien est tout à fait normal.

On refait une nouvelle série de cyanure pour consolidation.

En résumé, il s'agit dans ce cas d'une méningite syphilitique avec diabète insipide. A remarquer qu'il n'y a pas eu de rapport de parallélisme entre la polyurie et la réaction du liquide céphalo-rachidien. Les petites doses des antisiphilitiques ont paru agir comme réactifs. Nous avons assisté au début et à la fin de la polyurie, un fait qui a été exceptionnellement observé.

OBSERVATION PERSONNELLE

(recueillie à l'hôpital Rothschild, service
du Docteur ZADOC-KAHN)

S... Georges, âgé de 56 ans, entre dans le service le
12 avril 1940.

Ce malade vient de faire un séjour de 7 mois dans un camp de concentration, d'où il a été libéré pour troubles de l'état général.

En effet, il présente un amaigrissement important : 15 kilos dans 6 mois; il éprouve une asthénie extrême; il a la sensation de sécheresse de la bouche et une soif intense.

En même temps, il se plaint :

— de vertiges;

— de palpitations, surtout à l'effort et une sensation de poids rétrosternal à l'effort.

Ces troubles remontent à quelques années, mais sont plus accusés depuis 5-6 mois.

Dans les antécédents on note une bronchite il y a 10 ans.

Il est marié sans enfants.

Examen. — Malade pâle, amaigri.

Cœur. — Souffle systolique intense, siégeant dans le deuxième espace intercostal droit, irradiant vers les vaisseaux du cou; des extrasystoles.

Pouls : 80. Les deux pouls radiaux sont égaux et isochrones.

TA : 15/7 droite et 14/7 à gauche.

Radioscopie. — Aorte déroulée, opaque, noire, légèrement élargie. Ventricule gauche dilaté.

Rate. — Percutable sur trois travers de doigts.

Par ailleurs, l'examen clinique est resté négatif.

Urines : ni sucre, ni albumine.

Urée sanguine : 0,51 gr.

BW négatif.

Dès le deuxième jour de son entrée, on constate une polyurie: le malade urine entre 3 litres 500 et 4 litres par 24 heures.

Il existe une polydipsie intense et une polyphagie très marquée.

Les urines examinées à nouveau ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Densité : 1002.

Glycémie : 1,25.

L'examen oculaire pratiqué le 1^{er} et le 18 mai 1940 n'a rien montré d'anormal.

La radiographie du crâne montre des lésions d'arachnoïdité (on constate un flou de tout le squelette de la base du crâne: les apophyses clinoides postérieures sont à peine visibles).

La ponction lombaire pratiquée le 18 avril montre :
Liquide eau de roche, non hypertendue.

Albumine, 0 gr. 35.

Sucre, 0 gr. 725.

Lymphocytes, 1 par cellule de Nageote.

Les réactions de Bordet-Wassermann, Hecht et Kahn sont négatifs.

Echec du traitement post-hypophysaire par prise nasale (pendant dix jours).

L'existence d'une aortite et des lésions d'arachnoïdite, et malgré la négativité des réactions sériques, nous incitent à faire un traitement d'épreuve par le cyanure de mercure.

Nous avons pratiqué 6 injections, à raison de une injection quotidienne :

1^{er} jour : 1/2 centigramme.

2^e — 1/2 —

3^e — un —

4^e — un —

5^e — un —

6^e — un —

Dès la 3^e injection, on constate une baisse de la diurèse. De 3,700 elle tombe à 2 litres et les jours suivants elle continue à baisser. Depuis trois jours la diurèse oscille autour de 1.250 cc. En même temps, il y a une amélioration très nette de la polydipsie et de la polyphagie.

Le malade est toujours en traitement. Les difficultés d'un service du temps de guerre ne nous ont malheureusement pas permis de pratiquer tous les examens qui auraient été nécessaires.

En résumé, diabète insipide syphilitique probable.

OBSERVATIONS

(recueillies dans la Littérature médicale)

Nous avons tenté de classer les quelques observations rapportées ci-dessous en trois catégories :

- a) Avec le syndrome isolé du diabète insipide;
- b) Avec une méningite de la base;
- c) Avec une syphilis de l'hypophyse.

OBSERVATION DE DROUET ET HAMEL

K. J., jeune homme de 18 ans, épileptique, arriéré. Il est de petite taille, avec une tendance à l'obésité.

Depuis quelque temps, il a continuellement soif et faim.

Il urine environ 3 litres 500. T. A. 110/65. Pouls à 60.

La réaction de Wassermann est partiellement positive. Dans le liquide céphalo-rachidien, le B. W. est négatif; la lymphocytose est à 0,1; albumine à 0,40.

Pendant quatre à cinq jours, on soumet ce malade à des injections d'extrait du lobe postérieur de l'hypophyse. On note la diminution instantanée des urines à un litre. Puis on arrête la médication hypophysaire et le malade subit un traitement par le novarséno-benzol.

La diurèse se maintient à un litre; vers la fin de la

série de piqûres, il n'a plus la sensation de soif et de faim et la polyurie a complètement disparu.

OBSERVATION DE BERGMANN

Femme âgée de 17 ans, entre pour une affection annexielle gonococcique. Après un traitement de deux semaines, le 26 février 1921, survient sur la grande lèvre gauche une papule érosive suintante et qui contient des spirochètes. Par contre, la réaction de Wassermann reste négative.

Soumise au traitement par le Néo-Salvarsan, associé au chlorure mercurieux, la papule disparaît.

Elle commence à se plaindre de la soif à partir du 6 avril et qui devient particulièrement intense vers le 28 avril. Elle excrète environ 4.800 cc. d'urine avec une densité de 1.005. On soumet la malade au régime de chlorure. La quantité d'urine tombe progressivement, pour atteindre et se maintenir entre 500 et 700 cc., avec une densité normale. On la soumet à un traitement de frictions mercurielles et d'iodure de potassium. Parmi les autres symptômes relevés, on note une céphalée légère et une hyperalgésie des membres. Le Wassermann reste négatif.

A l'examen radiologique du crâne, on ne relève au-

cune anomalie de la selle turcique : ni élargissement, ni aucune altération.

Discutant ce cas, Bergmann admet qu'il s'agit d'un diabète insipide survenu après un traitement antisypilitique. Il est à remarquer que cette malade avait déjà présenté, à l'âge de 12 ans, une forte polyurie et une polydipsie intense ayant duré de 8 à 14 jours. L'auteur conclut que dans son cas il s'est agi d'une méningite de type hypophysaire développé sur un terrain syphilitique.

OBSERVATION DE BECNEUR

Mohamed B., indigène Nord-Africain, âgé de 35 à 40 ans, entre le 26 janvier 1932. Il boit et urine excessivement. En 24 heures, il a absorbé 25 litres d'eau et uriné 24 litres d'urine.

A l'examen, on constate qu'il s'agit d'un homme robuste; ses réflexes rotuliens et achilléens sont complètement abolis.

Il a présenté un chancre syphilitique, vingt ans auparavant, et qui ne fut jamais traité.

Réaction de Wassermann positive.

Le malade est soumis au traitement spécifique mixte par le novar et le cyanure.

Le 30/1, à 9 heures, le malade reçoit 0,15 centigrammes de néo et le 31, à 9 heures, on constate que la diurèse

est tombée à 1 litre. La quantité d'eau absorbée a été de 3 litres.

Le 31/1 et le 1/2, 1 centigramme de cyanure intra-veineux. Diurèse à 500 cc. par 24 heures, tandis que la quantité de liquide absorbée varie entre 500 et 1 litre.

Le 2/2, on supprime le cyanure et on prescrit 1 gr. 50 d'urotropine; la diurèse se maintient toujours au-dessous de 500 cc.

Le 5/2, 0 gr. 30 de néo-salvarsan.

Le 7/2, 250 cc. d'urine; urée sanguine à 0 gr. 25.

Le 13/2, injection de néo à 0,45. La diurèse oscille toujours entre 250 et 500 cc. par 24 heures.

Le 17/2, situation inchangée; le malade part, refuse de rester, malgré l'avis médical, se prétendant guéri.

1^{re} OBSERVATION DE NONNE (cas 202)

Femme de 35 ans présentant une forte polyurie : 6-8 litres par 24 heures. Elle a contracté la syphilis cinq ans auparavant. Elle a subi une cure de frictions mercurielles et depuis ne s'est plus soignée, n'ayant pas observé d'autres troubles.

Depuis deux mois, elle éprouve de la céphalée et presque en même temps de la polyurie. La réaction de B.-W. est positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien; en outre, légère lymphocytose.

On soumet la malade à un traitement énergique par

des frictions mercurielles et des injections de Salvarsan. En peu de temps les céphalées disparaissent, la polyurie régresse à trois litres. Depuis, la malade jouit d'un bon état subjectif. Tous les ans elle se soumet à une cure spécifique; la polyurie d'un degré modéré (environ 3 litres par 24 heures) se maintient encore pendant trois ans; depuis, elle a disparu.

2° OBSERVATION DE NONNE (cas 203)

(Résumé)

Il s'agissait d'un cas de méningite basale syphilitique avec une polyurie de 6 litres par 24 heures. Sous l'influence du traitement spécifique, disparition de la polyurie.

3° OBSERVATION DE NONNE (cas 204)

(Résumé)

Il s'agit d'un sujet de 38 ans, atteint d'une syphilis congénitale et présentant de l'infantilisme avec aplasie génitale. En outre, ce malade urinait 5 à 6 litres d'urine par jour.

Réaction de Wassermann positive.

L'examen radiologique du crâne montre une ombre épaisse de la selle turque; aux jambes on constate une périostite des diaphyses tibiales.

A l'autopsie de ce malade, ayant succombé à une pneumonie, on trouve en plus d'une aplasie des organes génitaux, de la thyroïde et des surrénales, de la périostite des deux tibias, une *gomme calcifiée de l'hypophyse*.

OBSERVATION DE FINKELNBURG

Dans cette observation, rapportée par Nonne, dans un cas de syphilis héréditaire, chez un homme avec un diabète insipide, à part la polyurie et la polydipsie, il existait comme symptôme nerveux qu'une absence de réflexe pupillaire des deux côtés à la lumière. Pas d'autre signe de syphilis.

1^{re} OBSERVATION DE SELIGSOHN

Femme de 37 ans, entre le 25 janvier 1921; en 1916, a eu la syphilis. En 1920, a présenté de la diplopie pendant huit jours. Actuellement, diminution de l'acuité visuelle. Elle a subi plusieurs cures de Salvarsan et de mercure. Il y a cinq semaines environ, sous l'effet d'une médication bromurée, gonflement de la langue et dents branlantes. Avec la suppression de cette médication, disparition des symptômes, mais brusque manifestation d'une soif intense : 8 litres de boisson par jour.

A l'examen, réflexes très vifs. Urines avec une densité abaissée à 1.002.

On prescrit un régime de chloruré; après deux jours, on note une atténuation considérable de la soif.

3 février 1921. Après huit jours d'un régime pauvre en sels, la malade absorbe 4 litres de liquides. Polyurie de 4 litres à 4 litres 1/2. Néosalvarsan : 0,5. A l'examen oculaire : Myopie. A l'examen radiologique : selle turcique aplatie et élargie; les apophyses clinoides postérieures sont peu nettes.

5 février 1921. Boit 4 litres 1/2, excrète 4 litres d'urine; violentes céphalées. On interrompt la cure par le Salvarsan.

10 février 1921. Wassermann très positif.

11 au 16 février 1921. Absorbe 3 litres 1/2 à 4 litres de liquide; excrète 4 à 4 litres 1/2 d'urine.

Du 23 février au 2 mars 1921. Absorbe 3 à 3 litres 1/2 et excrète la même quantité.

A partir du 4 mars, la malade est soumise à un régime comprenant du sel. Ce régime ne provoque aucune augmentation de l'absorption ou de l'excrétion hydrique.

9 juin 1921. La réaction de Wassermann reste toujours très fortement positive.

La malade revient le 14 février 1923, après avoir été soumise, au cours de deux ans, à une cure de Salvarsan et à trois cures de frictions. Elle boit tantôt beaucoup,

tantôt moins. On prescrit une médication iodée. Ictère. Anorexie. A la lumière, la pupille droite réagit lentement, pas de réaction à droite. Gros foie. Les réflexes rotuliens et plantaires sont vifs.

Du 14 au 18 mars 1923, la malade absorbe et excrète 3 l. 3/4 à 4 litres de liquide. Elle succombe peu de jours après à une atrophie jaune du foie.

A l'autopsie : atrophie subaiguë du foie. Syphilis.

Discutant ce cas, l'auteur considère que l'étiologie syphilitique de cette polyurie n'est pas douteuse; vraisemblablement, il s'agirait d'une méningite basilaire syphilitique, en faveur de laquelle parlent des troubles oculaires survenus en octobre 1920. En dehors des artères basilaires dures, constatées macroscopiquement, on ne constate rien d'anormal au cerveau. Il est vrai que l'examen histologique n'a pas été pratiqué. D'autre part, on avait pu observer chez cette malade le développement d'un pannicule adipeux très marqué avec une involution prononcée de l'utérus, qui, suivant l'auteur, pourraient être rapportés à une affection du lobe antérieur de l'hypophyse.

2^e OBSERVATION DE SELIGSOHN

Femme de 34 ans, admise en avril 1921, ayant contracté la syphilis depuis deux ans et qui fut traitée par des frictions mercurielles.

En février 1921, elle se plaint de céphalées, de nausées, de vertiges, d'un affaiblissement de la vue. Trois semaines après, elle éprouve une soif intense, l'obligeant de boire 7 litres de liquide par jour. Anorexie. Puis on note la régression de ces symptômes.

En avril 1921, on soumet la malade à une cure de Salvarsan. Par moments, elle éprouve de la céphalée, des vertiges, une sensation de chaleur, de l'anorexie, tandis que la sensation de la soif semble avoir diminué.

A l'examen : les réflexes tendineux sont exagérés ; les réflexes de la paroi abdominale ne peuvent être mis en évidence que du côté gauche.

L'examen du crâne ne révèle rien d'anormal. La réaction de Wassermann est très fortement positive.

Le régime de chlorure semble exercer peu d'influence ; si l'addition du sel dans le régime semble augmenter la soif de la malade, par contre, objectivement, on ne note pas parallèlement une augmentation de l'excrétion des urines. Par contre, l'influence du traitement antisypilitique est très nette.

La malade, revue en avril 1925, est actuellement indemne de tous troubles et peut être considérée comme guérie.

OBSERVATION DE LHERMITTE

(Résumé)

L., maçon, âgé de 65 ans, entre le 19 novembre 1919, présentant un accès d'œdème aigu du poumon. Une saignée amène la sédation de tous les phénomènes.

Le 29 novembre, on constate des signes de tabès au début, d'une aortite chronique.

La réaction de Wassermann est franchement positive. Rien d'anormal dans les urines.

Le 24 décembre 1919, l'état général du malade est excellent. Les urines se maintiennent au taux de 4 l. 500 à 4 litres. L'examen du sang révèle une anémie marquée : 2.800000 globules rouges, hémoglobine à 60 %.

La ponction lombaire révèle un liquide clair contenant 0,40 d'albumine et 856 lymphocytes. La réaction de Wassermann dans le liquide c.r. est franchement positive. La tension artérielle Mx. à 14 1/2 et Mn. à 5 1/4.

Le 15 mars 1920, le malade ne présente plus aucun trouble fonctionnel. Le taux des urines n'a pas varié, sauf après la ponction lombaire, où la diurèse s'est abaissée de 4 l. 500 à 2 litres en l'espace de 5 jours.

Le 16 octobre 1920, le malade est réadmis pour une crise d'œdème aigu du poumon, qui cède à l'injection du sérum glucosé hypertonique. Urée sanguine à 0 gr. 34.

La tension artérielle, après l'accès dyspnéique, indique une Mx. à 16 et une Mn. à 5.

En décembre 1920, augmentation du volume du foie; la pression artérielle Mx à 13 1/2, Mn. à 4.

Le 1^{er} février 1921, grand accès dyspnéique, amaigrissement, pâleur du visage, asthénie extrême.

Depuis aggravation progressive; la tension artérielle avec Mx. à 11 1/2 et Mn. au-dessous de 5. Urée sanguine, 0,40.

En mai 1921 : œdème des jambes avec signes d'asystolie.

21 juillet 1921 : le malade succombe à une cachexie cardiaque avec œdème du tronc et des membres inférieurs.

A l'autopsie : péricardite séro-fibrineuse à grand épanchement. Pleurésie suppurée droite. Foie muscade. Reins lisses, durs, non atrophiés. Pas d'autres lésions viscérales.

Système nerveux : à la base de l'encéphale, on constate un très important épaissement des méninges molles au niveau de l'espace opto-pédonculaire. L'hypophyse est de volume normal et sa section ne montre aucune lésion apparente. Les autres parties de l'encéphale sont intactes, les vaisseaux de l'encéphale ne présentent pas de lésions.

En résumé, il s'agit d'une polyurie type de diabète insipide chez un tabétique dont l'étiologie syphilitique

était certaine. A remarquer l'influence très nette de la ponction lombaire sur la polyurie. Enfin le taux de la diurèse s'abaissa progressivement et définitivement à partir du jour où la malade entra dans la phase d'asystolie permanente. La thérapeutique antisiphilitique fut très mal tolérée, et dut être interrompue malgré les effets favorables sur l'intensité de la polyurie.

OBSERVATIONS DE BABONNEIX, HUTINEL ET AZERAD

(Résumé)

Femme de 42 ans qui présente dans ses antécédents une tumeur du sein opérée en août 1921.

En août 1922, elle perd connaissance en pleine rue après avoir éprouvé une sensation de vertige. Vers la même époque, développement dans la région parasternale d'une nouvelle tuméfaction.

En juillet 1923, nouvelle perte de connaissance. Les jours suivants, céphalée persistante, surtout fronto-occipitale; douleurs rétro-sternales; de temps en temps, épistaxis, ou même de petites hémoptysies. Au mois d'août, l'attention a été attirée sur la grande quantité d'urines émises dans les 24 heures qui oscille entre 3 et 5 litres par jour, associée à une polydypsie marquée.

A l'examen du thorax : cicatrice opératoire du côté droit; du côté gauche, tumeur; tuméfaction mal délimitée à la hauteur des 2^e et 3^e espaces intercostaux, adhérents à la peau et aux plans profonds.

A l'auscultation, double souffle aortique. T.A. Mx, à 23 et Mn. à 10.

Aux poumons : diminution du murmure vésiculaire, surtout à gauche; léger souffle respiratoire à la partie moyenne.

Les urines sont très abondantes : 3 à 5 litres par jour en moyenne, pâles, claires, sans sucre ni albumine.

L'injection intraveineuse de 1 cc. du lobe postérieur d'hypophyse détermine une augmentation inconstante des urines, accompagnée de pâleur, d'un état nauséux et d'angoisse légère.

L'examen du système nerveux indique une diminution des réflexes rotuliens et achilléens. Inégalité pupillaire; réflexe à la lumière abolie. La ponction lombaire donne issue à un liquide clair avec 0 gr. 50 d'albumine et 185 lymphocytes par mm³.

Wassermann fortement positif dans le sang. Urée sanguine de 0,51.

Discutant leur cas, les auteurs constatent que chez leur malade il y avait association de l'étiologie spécifique et de l'étiologie néoplasique.

La malade ayant succombé, son autopsie révèle en plus d'un cancer pleuro-pulmonaire avec métastases

hépatiques, un épaissement des méninges basilaires formant un voile opalin sur l'espace opto-pédonculaire.

L'examen histopathologique démontra l'existence indiscutable d'une lepto-méningite basilaire particulièrement intense, caractérisée par la dissociation; l'œdème de la pie-mère, la dilatation et même la rupture de certains vaisseaux et surtout l'accumulation autour des axes vasculaires, de très nombreux éléments lympho-plasmocytaires. En outre il s'ajoute un processus encéphalitique frappant à la fois la tige hypophysaire, l'infundibulum et le tuber cinereum.

OBSERVATION DE SEZARY, HOROWITZ ET GALLOT

(Résumé)

Homme de 55 ans, admis le 3 juillet 1931 pour une impotence fonctionnelle des membres inférieurs qui s'est installée en quelques semaines.

En 1914, ce malade avait contracté une syphilis qu'il n'a pas soignée.

En juin 1930, il est soumis à plusieurs cures anti-syphilitiques pour une céphalée intense avec un Wassermann positif.

En décembre 1930, la céphalée n'est pas améliorée, et il survient d'autres troubles nerveux : ataxie, troubles psychiques, troubles associés du tabès et de paralysie générale.

En octobre 1931, apparaissent des troubles paralytiques en même temps qu'un diabète insipide. L'excrétion urinaire s'élève et se maintient jusqu'au 18 décembre aux environs de 9 litres. En même temps, polydipsie. Petites poussées thermiques intermittentes entre 37°5 à 38°5.

Pas d'hémianopsie, pas de stase papillaire; pas de déformation de la selle turcique.

La réaction de Wassermann est positive dans le liquide céphalo-rachidien.

Du 8 décembre 1931 au 25 janvier 1932, le malade reçoit une série de 20 injections de muthanol. La polyurie tombe progressivement de 9 à 3 litres par 24 heures.

A partir du 7 février, de nouveau le volume des urines remonte rapidement à 5 et 8 litres.

Le 15 février, on pratique une série de 21 piqûres de stovarsol sodique jusqu'au début d'avril; les troubles psychiques s'améliorent, tandis que la polyurie se maintient à un taux de 3 ou 4 litres par jour.

A la deuxième série de piqûres, entre le 9 mai et le 17 juin, la polyurie varie entre 3 litres 1/2 à 5 litres 1/2. Après la troisième série de piqûres, c'est-à-dire au début de novembre 1932, il se produit une amélioration nette.

Le volume des urines se maintient entre 2 litres 1/2 à 3 litres.

Le 22 novembre, apparition de troubles parétiques et sphinctériens; reprise de la polyurie.

Le 7 décembre, il se manifeste un syndrome bulbaire qui emporte le malade en deux heures.

Discutant leur observation, les auteurs admettent que le diabète insipide était dû à une localisation des lésions syphilitiques sur les noyaux du plancher du troisième ventricule. Ils notent que jamais la polyurie n'était revenue à la normale.

OBSERVATION DE LERÉBOULLET

Cas de diabète insipide chez un syphilitique. Il s'agit d'un homme de 39 ans qui, neuf ans après un chancre syphilitique, présente une rhinite ulcéreuse tertiaire, des troubles mentaux, une paralysie oculaire; en même temps on observe une polydipsie intense avec une polyurie marquée.

Finalement, peu à peu, les accidents s'atténuent, mais par contre il se précise progressivement des signes d'infantilisme tardif, qui persistent pendant les douze ans que l'auteur a suivi son malade.

A l'examen radiologique du crâne, on relève une ostéo-périostite de la selle turcique.

Discutant son cas, l'auteur conclut à l'existence d'un syndrome complexe associant des manifestations nerveuses et endocriniennes. Le rôle étiologique de la syphilis chez ce malade était indubitable.

OBSERVATION

DE WEISSENBACH, GILBERT-DREYFUS ET BRISSET

(Résumé)

Femme de 44 ans. En 1907, à 20 ans, contracte une syphilis qui n'est pas traitée.

En 1915, brusque ménopause; céphalées et paralysie du moteur oculaire externe droit. Sans qu'il y ait eu un ictus, il se manifeste une hémiplegie droite. En même temps, brusque accroissement de la diurèse qui, de 1 litre, passe à 10-14 litres.

Au cours des cinq mois suivants, l'aphasie, puis l'hémiplégie rétrocedent lentement, tandis que la polyurie persiste intégralement. La réaction B.-W. est positive. Traitement antisypilitique : six séries de 914 qui rendent la réaction de B.-W. négative. Aucune influence sur la polyurie.

En mars 1923, kératite de l'œil droit suivie d'amaurose complète. Des injections de post-hypophyse ramènent la diurèse de 10 litre 1/2-2 litres par jour.

Dans les mois suivants, tandis qu'on poursuit la médication hypophysaire, le poids de la malade passe progressivement de 59 à 75 kilogs.

En 1931, elle entre dans le service de l'auteur, présentant une polyurie de 7 litres par 24 heures. Des injections quotidiennes de 1 cc. d'extrait post-hypophysaire ramènent la diurèse à 3 litres, puis avec deux injections de 1 cc. par jour, la diurèse se maintient à 2 litres.

En supprimant l'extrait hypophysaire après 80 jours de traitement, la diurèse remonte à 7 litres, en même temps que se manifestent des nausées et une soif intense. Une ponction lombaire ne montre aucune action frénatrice sur la polyurie, de même que le traitement antisypilitique. Reprise de la médication hypophysaire.

On note que sous l'influence de ce dernier traitement et de la réduction de la polyurie, la courbe pondérale s'élève progressivement jusqu'à 85 kilogs. Il y a trouble du métabolisme des graisses et présence d'un syndrome adiposo-génital.

En outre, on remarque des troubles de la régulation thermique : chaque matin $t. = 38^{\circ}$ et chaque soir, la température s'abaisse à 37° , réalisant une « fièvre inverse ».

Les divers examens pratiqués permettent d'affirmer qu'il s'agit d'un trouble thermo-régulateur, associé à des troubles de métabolisme de l'eau et des graisses, et indépendant de toute thérapeutique.

Il existe également un trouble glyco-régulateur indéniable du type paradiabétique, rapportable à une lésion hypophyso-infundibulaire.

Les auteurs concluent à un diabète insipide par lésions (nerveuses) secondaires à une méningovascularite aiguë syphilitique.

OBSERVATION DE CHIARI

Femme de 30 ans. Depuis le mois d'août 1919 elle présente de la polydipsie, de la polyurie et d'amaigrissement; pas d'autres troubles. Depuis deux mois : ménopause.

Depuis quelque temps, il survient une tuméfaction légère de la clavicule gauche et une du segment inférieur du tibia droit.

A son entrée, le 13 octobre, elle urine 15 litres d'urine par 24 heures, d'une densité de 1001.

Après injection de salicylate de mercure et absorption de iodure de sodium, le volume des urines s'abaisse à 2.400, tandis que sa densité remonte à 1006.

L'examen oculaire révèle un strabisme latent et un léger astigmatisme myopique.

La réaction de Wassermann est positive.

L'examen radiographique ne montre aucune modification de la selle turcique.

Néanmoins, CHIARI admet que la cause de ce diabète insipide doit être rapportée à une altération de la région de la glande hypophysaire.

Cette hypothèse se trouve renforcée par le résultat spécifique qui amène la régression rapide des tuméfactions osseuses ainsi que la disparition de la polydipsie et de la polyurie. L'auteur conclut dans ce cas à la manifestation d'un diabète insipide d'origine syphilitique.

OBSERVATION DE SCHULMANN

Il s'agit d'une jeune femme atteinte de méningite syphilitique. Brusquement elle présente une polyurie de 5 à 7 litres.

A l'examen radiographique, on constate une très grosse selle turcique.

Aucun des traitements mercuriels ou arsenicaux ne fut opérant contre ce diabète insipide. Par contre, l'extrait d'hypophyse postérieure se montra d'une efficacité remarquable.

La malade ayant succombé quelques mois après l'autopsie révéla une hypophyse bourrée de gommes.

Dans cette observation, la syphilis de l'hypophyse s'accompagne de méningite.

CONCLUSIONS

1° Parmi les infections chroniques, la syphilis joue un rôle important et fréquent dans les manifestations du diabète insipide.

2° Le diabète insipide syphilitique peut se présenter isolé ou associé à des signes d'une syphilis nerveuse basilaire.

3° Comme pour les autres formes du diabète insipide, la forme syphilitique isolée peut être réduite à l'expression des deux principaux symptômes : la polyurie et la polydipsie. En cas de participation du système nerveux, on peut observer des troubles oculaires ou des réflexes, même un syndrome adiposogénital, révélateur d'une méningite basilaire.

4° L'interrogatoire, l'examen et les diverses réactions spécifiques peuvent dépister l'origine syphilitique de ces diabètes.

5° Du point de vue anatomo-pathologique, on peut constater des lésions d'intensité et d'étendue variables. Ce sont des lésions de méningite, de méningo-encéphalite, de vascularite, des gommes se localisant dans la région opto-pédunculo-hypophysaire.

6° Dans certains cas, comme dans notre observation, le traitement antisypilitique exerce une action très nette sur le syndrome polyurique: dans d'autres cas, cet effet est inconstant ou nul.

7° Dans les cas de diabète insipide, dont l'étiologie est obscure, on pourra tenter le traitement spécifique, dont le résultat pourra affirmer la nature syphilitique.

Vu

Le Doyen :
TIFFENEAU

Vu

Le Président de la Thèse :
BENARD

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris
ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- AGOSTINI (C.). — Syphilis de la région hypophyso-infundibulo-tubérienne et diabète insipide. — *Ann. Osp. psychiat. (Perugia)*, 1926, 1927, t. 20, pp. 455-78, 11 pl.
- ANTOINE. — Diabète insipide et syphilis. *Arch. méd. d'Angers*, 113, t. 17, pp. 147-152.
- ARNOZAN. — Diabète insipide d'origine syphilitique. *Jour. Méd. Bordeaux*, 1912, t. 62, pp. 165-169.
- BABONNEIX (L.), HUTINEL (J.) et AZERAD (E.). — Neuro-syphilis; diabète insipide. *B. et M. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1924, t. 48, pp. 333-336.
- BABONNEIX (L.) et LHERMITTE (J.). — Le diabète insipide d'origine syphilitique; une nouvelle observation anatomo-clinique. — *Ann. méd.*, Paris, 1925, t. 18, pp. 471-478.
- BABONNEIX (L.) et LHERMITTE (J.). — Diabète insipide par encéphalite infundibulo-tubérienne d'origine syphilitique. — *C. r. Soc. Biol.*, 1925, t. 93, pp. 1415-1417.

- BENARIO (J.). — De la pathologie et du traitement du diabète insipide. — *Münch. med. Wochschr.*, 1913, t. 60, pp. 1768-1771.
- BERGMANN (H.). — Un cas de diabète insipide d'origine syphilitique. — *Dermat. Wchnschr.*, 1921, t. 73, pp. 918-920.
- BIANCHI. — Etudes sur la syphilis de l'hypophyse. — *Riv. méd. Sc. méd.*, 1913, t. 59, p. 1.
- BUTTERSACK. — Etude des affections syphilitiques du système nerveux central. — *Westphal. Arch.*, 1886, t. 17.
- CALHORN (F.-P.). — Manifestations oculaires dans un cas de syphilis hypophysaire. — *Trans. Amer. Ophth. Soc.*, 1922, t. 20, p. 324.
- CASTROMOVO (G.). — Diabète insipide par arachnoidite syphilitique peripedonculaire et infundibulaire avec néphrosclérose et amiloidose. — *Gior. Ital. Mal. Esot.*, 1932, t. 5, p. 169.
- CHIARI. — Gomme de l'hypophyse. — *Dtsch. med. Wochschr.*, 1913, n° 34.
- CHIARI. — Cas de diabète insipide sur une base syphilitique. — *Wien. klin. Wochschr.*, 1920, t. 33, p. 620.
- COHN (E.). — Gommès de l'hypophyse. — *Virch. Arch. f. path. Anat.*, p. 240.
- COVISA. — Un cas de diabète insipide d'origine syphilitique. — *Rev. de med. y cirug. pract.*, Madrid, 1918, t. 118, p. 246.

- DIMOLESCU (A.). — Diabète insipide causé par des lésions syphilitiques des régions sellaires et rétro-sellaires. — *Spitalul*, 1931, t. 51, pp. 364-368.
- DIWYER. — Enfant avec syphilis congénitale et diabète insipide. — *Med. Clin. North. Amer.*, 1924, n° 7, p. 1201.
- DROUET et HAMEL. — Diabète insipide chez un hérédosyphilitique. — *Rev. méd. de l'Est*, 1931, t. 59, p. 661.
- EBSTEIN (W.). — Contribution à l'étude du diabète insipide. — *Dtsch. Arch. f. klin. Med.*, 1909, t. 25.
- EHRMANN (S.). — Le diabète insipide dans la syphilis. — *Wien med. Wschr.*, 1925, p. 343.
- FINK. — Cas de diabète insipide associé à la syphilis de l'hypophyse. — *Endocrinol.*, mai-juin 1926, n° 3, p. 317.
- FOIX, ALAJOUANINE et DAUPTAIN. — Diabète insipide syphilitique avec hémianopsie bitemporale et crises de narcolepsie ; rétrocession des symptômes associés par le traitement spécifique ; persistance de la polyurie insipide. — *Revue Neurolog.*, Paris, 2-3 juin 1922, t. 29, pp. 763-766.
- GARELLY (R.). — Diabète insipide d'origine syphilitique. — *Arch. med.*, Madrid, 1925, t. 21, pp. 577-585.
- GRUENBAUM (C. S.). — Diabète insipide et syphilis. — *Thèse Leipzig*, 1903.
- HANSTEEN (E. H.). — Syphilis tertiaire et diabète insi-

- pide. — *Norsk. Mag. Laegevid.*, 1934, t. 95, pp. 218-220.
- HEDEN (K.). — Cas de diabète insipide chez un syphilitique. — *Svenska laek. saellsk. handl.*, Stockholm, 1917, t. 43, pp. 625-630.
- HELM. — Symptomatologie des formes rares de la syphilis du système nerveux central. — *Thèse Rosstock*, 1917.
- HERNANDEZ (R.). — Syphilis de l'hypophyse. — *Amer. Jour. Syphil.*, avril 1924, t. 8, n° 2, pp. 321-323.
- JAFFE (R.). — Les affections syphilitiques de l'hypophyse. — *Frankf. Zeitsch. Pathol.*, t. 27.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Diabète insipide chez un syphilitique, amélioré après traitement spécifique. — *Rev. Neurol.*, Paris, 1914, t. 22, pp. 481-486.
- LHERMITTE (J.). — La polyurie infundibulaire; le diabète insipide syphilitique. — *Annales de Méd.*, Paris, 1922, t. 11, pp. 89-127.
- LICHTWITZ (A.). — Diabète insipide. — *Encyclop. Med. Chir.*, 1936, « Glandes Endocrines », f. 10020, pp. 1-4.
- LOMOVITSKI (L.-F.). — Diabète insipide consécutif à une méningite basilaire syphilitique. — *Russk. J. Kozhn. i. Ven. Boliezn.*, Kharkov, 1907, t. 14, p. 159.
- LUCIEN, (M.), PARISOT (J.) et RICHARD (G.). — Traité d'Endocrinologie. L'Hypophyse. — Paris, 1934, Doin et Cie, 1 vol., 685 pp.

- LURYE (Y. N.). — Diabète insipide consécutif à la syphilis. — *Russk. J. Kozhn. i. Ven. Boliezn.*, Khar'kov, 1913, t. 25, pp. 438-442.
- MADERNA (C.) et SCOTTI F.). — Contribution à l'étude du diabète syphilitique. — *Folia Med.*, Napoli, 1920, t. 6, pp. 217-251.
- MARANON. — Nouvelles orientations sur la pathogénie et le traitement du diabète insipide. — Madrid, 1925.
- MARANON et DIAZ (M.). — Diabète insipide d'origine syphilitique probable. — *Med. iberica*, 1934, t. 28, p. 206.
- MARQUÈS (J. J.). — Diabète insipide par syphilis de l'hypophyse. — *Rev. Med. Cubana*, 1929, t. 40, pp. 150-152.
- RIVOIRE (R.). — Les acquisitions nouvelles de l'Endocrinologie. — Paris, 1937, Masson et Cie, 1 vol., 264 pp.
- ROWNTRÉE. — Etudes sur le diabète insipide. — *Jour. Am. Med. Ass.*, 1924, n° 84, p. 899.
- SCHLESINGER (H.). — Les affections syphilitiques des glandes à sécrétion interne. — in *Jadassohn : Handb. d. Haut u. Geschl. Kr.*, 1931, t. 16/2, 411-4.
- SCHUR (M.). — Méningo-encéphalite syphilitique basale avec diabète insipide. — *Wien. klin. Wochschr.*, 12 mai 1927, n° 19, p. 633.
- SELIGSOHN (F.). — Diabète insipide et syphilis. — *Med.*

Klin., Berl., 20 mai 1925, t. 21, n° 20, pp. 744-746.

SEZARY (A.), HOROWITZ (A.) et GALLOT (H.). — Diabète insipide et neuro-syphilis diffuse. — *Bull. Soc. Med. Hôp.*, Paris, 1933, t. 49, pp. 303-307.

SIMARRE (J.). — Diabète insipide consécutif à une méningite basilaire cliniquement syphilitique; syndrome hématique; traitement. — *An. Hosp. S. Cruz*, Barcel., 1933, t. 7, pp. 12-19.

SKUBISZEWSKI (F.). — Syphilis hypophysaire. — *Revue Neurol.*, Paris, 1924, t. 2, p. 327.

WEBER (F. P.). — Diabète insipide chez un garçon avec un Wassermann positif. — *Tr. Med. Soc. Lond.*, 1911-12, t. 35, p. 380.

WEIRE-LARSON et ROWNTREE. — Etudes sur le diabète insipide. — *Arch. Int. Med.*, 1922, n° 22, p. 306.

WEISSENBAACH (R.-J.), GILBERT-DREYFUS et BRISSET (J.-P.). — Diabète insipide d'origine syphilitique; obésité, troubles génitaux, troubles de la régulation thermique et du métabolisme hydro-carboné; étude biologique. — *Bull. Soc. Med. Hôp.*, Paris, 13 nov. 1931, t. 55, pp. 1709-1716.

TABLE DES MATIERES

Introduction	13
Etiologie du diabète insipide syphilitique	15
Pathogénie du diabète insipide	17
Clinique du diabète insipide syphilitique	21
Traitement du diabète insipide syphilitique	27
Observations personnelles	31
Observations françaises et étrangères	40
Conclusions	61
Bibliographie	63

Imprimé par R. FOULON
29, rue Deparcieux, Paris XIV^e
